LE

Traitement méthodique des Varices

COMMUNICATION

au 3e Congrès de Physiothérapie des Médecins de langue française

(Avril 1911)

PAR LE

Dr E. LANEL

Directeur des Services d'Electrothérapie et de Mécanothérapie
de Châtel-Guyon (*l'Eté*)

POITIERS
IMPRIMERIE MAURICE BOUSREZ
4, Rue Saint-Porchaire, 4

1912

Traitement Méthodique des Varices

Par le Dr E. Lanel

Au Congrès de Physiothérapie de 1909, des spécialistes autorisés ont ici même étudié longuement les divers traitements des varices. On peut cependant en parler encore, et le sujet est toujours à l'ordre du jour : les chirurgiens perfectionnent leurs interventions sanglantes, les bandagistes améliorent leurs tissus... Mais surtout un élément un peu négligé est remis en évidence, à savoir les *défenses biologiques de l'organisme*. Pour ma part, j'estime en ce qui concerne les veines, que les physiothérapeutes n'insistent pas avec assez de foi énergique sur les ressources de la Natura Médicatrix, qu'ils n'opposent pas assez fièrement au couteau qui fait des incomplets, des diminués, ou au bandage trompeur sous lequel les lésions continuent à progresser, leurs moyens physiologiques, conservateurs et curateurs tout ensemble. Il faut poser en principe que, par une bonne méthode, nous pouvons conduire l'organisme à réparer ses pertes et à *revenir à son type normal*.

I. — Considérations générales

De tous côtés nous voyons des modifications de fonctions entraîner des modifications de structure.

Plaçons-nous d'abord au point de vue de l'anatomie pure. Les artères sont distendues par la pression sanguine qui s'exerce d'une façon constante ; elles doivent aussi se contracter ou se relâcher pour envoyer temporairement aux divers organes des quantités de sang variant avec leurs besoins momentanés. L'artère extensible et contractile a donc en sus de la couche endothéliale une couche musculaire et une couche externe ou élastique. En remontant de la périphérie du cœur on voit ceci : Le capillaire n'a qu'une couche de cellules plates, les fines artérioles sont munies d'une couche adventive de fibres élastiques et de faisceaux conjonctifs, les artères petites et moyennes y ajoutent la couche moyenne, musculaire, les grosses artères, renforcent notablement la couche élastique.

La veine qui, normalement, ne subit pas grande pression, n'a que deux couches.

Autour de l'endothélium veineux est une couche adventive qui englobe des éléments conjonctifs, de rares fibres élastiques lesquelles ne se groupent jamais en lame fenétrée, et surtout des faisceaux musculaires lisses disposés d'une manière irrégulière en couche discontinue. Les

veines présentent des variétés infinies de constitution, fait à opposer à l'uniformité de structure des artères. Ce sont surtout les conditions spéciales résultant de notre habitude de la station debout qui interviennent ici. Les veines du cou et de la mamelle n'ont qu'un plan musculaire circulaire ; les utérines et les saphènes ont encore un seul plan, mais où déjà des fibres circulaires et des fibres longitudinales sont entrecroisées ; la porte, les rénales, l'azygos ont 2 plans distincts ; la crurale, la poplitée, l'iliaque, la mésentérique en ont 3 (Eberth cité par M. Duval).

Ecoutons maintenant les *anatomo-pathologistes*. En cas d'obstacle à la circulation et si l'organisme n'est pas surpris brusquement, *la veine lutte contre la turgescence répétée* ou permanente au *moyen d'une augmentation d'épaisseur de sa paroi*, consistant non pas en une hypertrophie en masse de tous ses éléments, mais en un *accroissement du nombre et du volume de ses faisceaux musculaires*. De même, en cas d'inflammation de la veine, dans les phlébites variqueuses par exemple, c'est encore l'hyperplasie des cellules musculaires qui l'emporte. Dans les ulcères variqueux, c'est-à-dire dans les foyers de suppuration, il y a des phénomènes de sclérose (Tripier).

Que nous dit la *Clinique* ? Les varices se produisent lorsque la veine est ou *surmenée*, ou *mal nourrie*, ou *mal innervée*.

a) Elle est *surmenée* dans la station debout avec immobilité. Le sang n'étant pas chassé par la contraction des muscles voisins, tend à s'accumuler par l'effet d'une force physique et passive. En l'absence de tissu élastique, c'est le muscle lisse qui veille au maintien du calibre du vaisseau et exerce une contrepression. Or le muscle n'est apte qu'à un travail intermittent, non continu. Il se fatigue donc, s'épuise et, si la lutte se prolonge, il succombe. Il le fait d'autant plus vite chez le vieillard que, avec l'âge, les éléments conjonctifs tendent à remplacer les fibres musculaires dans la tunique moyenne des artères et dans la tunique adventive des veines. Nombre de sujets ont les jambes nettes le matin qui présentent des varicosités et une sensation de lourdeur le soir. Nombre d'autres offrent de faibles dilatations variqueuses dessinées sous la peau le matin, de fortes à la fin d'une lourde journée de travail. Le tissu musculaire lutte, puis il est forcé ; il faudrait savoir le ménager, au lieu de lui imposer un travail déréglé.

Pourquoi les vaisseaux lymphatiques sont-ils si rarement le siège de varices ? C'est qu'ils sont très riches en tissu élastique. Les conditions ne sont pas les mêmes.

Est-il nécessaire d'énumérer encore les diverses phlébectasies *mécaniques*, les unes *directes* par obstacles locaux, par compression, par mauvaise hygiène vestimentaire, par contractions musculaires énergiques et prolongées de la jambe avec production de surappel de sang artériel et de retenue de sang veineux, — les autres *indirectes*, par

exemple consécutives aux affections cardiaques, aux troubles de la statique abdominale avec entéroptose, aux grands efforts répétés..?

b) La veine est *mal nourrie* dans certaines affections générales qui altèrent le liquide sanguin et entraînent l'irrégularité de la tension, telles que la *toxémie alimentaire*, les états pathologiques du tube digestif, du foie...

c) La veine présente une moindre résistance à la poussée hydraulique lorsque le *système nerveux est affaibli*, comme dans les troubles nerveux des premiers mois de la grossesse, dans la ménopause ou la fatigue générale de la fièvre typhoïde, etc., etc.

En réalité, la répartition des causes premières des varices en classes séparées est artificielle. *Elles agissent dans plusieurs sens à la fois.* Les varices sont des affections à longue évolution qui augmentent la pression sanguine et abaissent l'activité nutritive et le dynamisme nerveux. Et même elles *s'associent* généralement plusieurs à la fois. On trouve réunis les facteurs déjà indiqués, souvent associés à d'autres chimiques ou infectieux, tels que l'arthritisme, l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, l'appendicite chronique...

***

A un moment donné, excès de pression ou obstacle à la circulation, ou inertie de la veine, la paroi est forcée, surdistendue. La fâcheuse discontinuité physiologique de ses faisceaux musculaires s'exagère ; les valvules deviennent insuffisantes par augmentation du calibre du vaisseau ; l'action de la pesanteur n'est plus contrebalancée et se fait sentir fortement sur les parois.

La situation est donc changée : les *causes premières ne sont plus seules à considérer et à combattre ;* un facteur capital entre en jeu, le *trouble biologique acquis. Dès que le variqueux se lève de son lit, d'une part une pression sanguine exagérée s'exerce sur la paroi, d'autre part celle-ci est mal nourrie.* Il y a de l'œdème, la veine devient lardacée et béante, l'artère même est troublée à la fois par action hydraulique et par propagation de la périphlébite chronique. Les artérioles se dilatent, leur tension se trouve augmentée puisqu'il y a moindre frottement du liquide sanguin contre les parois, mais la résistance dans le sens centripète — par suite de l'action de la pesanteur dans les canaux veineux — étant augmentée, le débit des artères et la nutrition de la région sont ralentis. Bientôt leur énergie contractile et la poussée rythmique du sang deviennent médiocres. *Un processus irritatif tout à fait spécial est constitué*, fait du trouble hydraulique veineux et de la congestion passive des veines et des artérioles. Il entraîne de graves désordres trophiques de la peau, une sclérose interstitielle des muscles, de la névrite péri et intra fasciculaire... Les tissus sont placés, en un mot, dans des conditions anormales de formation, de fonction, de

nutrition ; des obstructions, des inflammations secondaires sont favorisées par le ralentissement de la nutrition ; il y a de plus en plus déviation du type anatomique et aggravation des varices.

*
* *

La lutte contre les causes premières ressort de la médecine générale ; de la physiothérapie relèvent les troubles biologiques secondaires. Or, il faut bien l'avouer, jusqu'ici chacun de nous s'adresse à l'agent physique de sa propre spécialité, qui au massage et à la gymnastique, qui à la marche, qui à l'électricité, ou aux compresses froides, ou aux eaux thermales (1). L'on ne considère pas assez l'ensemble des facteurs pathogéniques et les indications qui en découlent. D'après l'exposé précédent, nous devons donc :

1° Avant tout, à tout prix, remettre les tissus dans de bonnes conditions d'assimilation, de travail et d'évolution, et pour cela ramener et *maintenir à la normale*, par le décubitus, d'une façon constante, pendant des semaines et même des mois — la *pression intra-veineuse* ; le premier effet est la suppression de toute stagnation sanguine veineuse, le retour de la veine à un calibre faible, la possibilité pour les valvules d'ajouter leur effet à la contrepression de la paroi, et de fragmenter la colonne sanguine.

2° *Réveiller la contractilité des artérioles*, modifier la circulation capillaire qui pèche par excès de tension et par insuffisance de la poussée rythmique ;

3° Dès que l'activité nutritive est régularisée, faire travailler progressivement la paroi, chercher à obtenir une bonne activité de ses éléments musculaires (*rééducation et développement anatomiques réalisés par un exercice calculé et progressif*).

Chemin faisant, sans y penser on aura supprimé les troubles nutritifs des tissus voisins qui ont été rapidement indiqués plus haut.

Ce qui nous manque actuellement, c'est une *méthode* qui coordonne et énumère les divers éléments et les divers temps de la cure, qui fasse marcher à son heure et à son rang de bataille le repos et chacun des agents physiques, qui les emploie au moment opportun et à la dose appropriée. D'autre part, en raison de la durée du traitement, il faut

(1) Ceci, bien entendu, n'a rien d'absolu. Voir par exemple les communications de Peyré de Bagnolles sur la Massothérapie sous-marine et sur la balnéo-gymnastique (Société d'Hydrologie); voir les diverses communications au 2e Congrès de Physiothérapie des Médecins de langue française 1909 que j'ai résumées dans un article du Bulletin Médical du 19 juin 1909).

que le malade s'associe à nos efforts ; on doit exiger de lui une discipline et une ténacité extrêmes.

*
* *

Vraiment est-il chimérique de prétendre que l'organisme arrivera à réparer ses dégats, et les veines à récupérer souplesse et élasticité et à diminuer définitivement de volume ? Actuellement ces résultats ne sont pas obtenus, mais qui peut s'en étonner, étant données les conditions défectueuses dans lesquelles nous restons placés. Par exemple nous laissons les malades continuer ou à peu près leurs fautes antérieures entre les séances de massage ou d'hydrothérapie ou entre les marches : ils restent debout sans nécessité, ils font des efforts inutiles bref entre nos séances des heures et des heures s'écoulent où congestion, atonie veineuse, troubles nutritifs se reproduisent et détruisent l'effet de nos efforts curatifs. Voici encore un variqueux qui, par suite d'une maladie accidentelle, a dû garder le lit et dont les varices vont provisoirement mieux. Immédiatement, sans aucune précaution, on l'autorise à se lever tant qu'il le désire ! Il impose à ses veines convalescentes une somme de travail disproportionnée, il les surmène, il les redistend. Nulle part nous ne trouvons une *méthode réelle*, une progression raisonnée. Ne guérissent en définitive que ceux que la maladie générale laisse longtemps incapables d'abuser de leurs jambes. Pour les autres, la rechute est inévitable.

Avant de passer au traitement, et parce que je sais quelles objections m'ont été faites et me seront faites longtemps encore, permettez-moi 2 remarques. Voici la première : Tout en reconnaissant que nous pouvons réveiller la contractilité musculaire par le froid, les frictions, l'électricité, le secouement vibratoire, par une contradiction singulière on prétend qu'il est *trop tard* en cas de varices : *cela n'est pas.* « Au moment de l'opération, dit M. Charles Rémy, (et on devine pourquoi je cite volontiers un chirurgien), au contact du bistouri une saphène du volume de l'index se réduit au volume d'une plume de corbeau, et une veine d'apparence variqueuse prend l'apparence d'une veine normale ». Je me crois donc autorisé à espérer : dégageons la veine des adhérences qui l'immobilisent, nourrissons-la bien puis cherchons par un travail bien calculé à développer l'activité et le nombre de ses faisceaux musculaires.

Après les chirurgiens, voici les hydropathes : Bagnoles a une action élective sur les tissus veineux et sur le système nerveux vaso-moteur dit M. Joly à la Société d'hydrologie. Là le bain thermal fait contracter les fibres musculaires, tous les fascias, les capillaires superficiel et profond ; il augmente la tension artérielle... L'eau paraît agir beaucoup par l'uranium, puissant vaso-constricteur, surtout des vaisseaux

veineux... Et Joly ajoute que les eaux non seulement régularisent la tension, la fluidité du sang, la nutrition, l'influx nerveux, mais encore redonnent manifestement *souplesse et élasticité à la paroi veineuse.*

II. — Méthode physiologique

La première condition à remplir étant de réaliser la vacuité relative des veines et la disparition de toute congestion passive, on est amené à prescrire la *position horizontale.* Sur sa valeur je n'insisterai pas, non plus que sur les moyens de la réaliser. Il suffit de dire que le décubitus sera *conservé d'une façon constante au début* et souvent repris en cours de traitement. Le lit, la chaise longue seront donc d'abord seuls autorisés plus tard ; cependant, et même assez vite, on autorisera le malade à *s'asseoir.* En effet, dans les expériences de Delbet, chez son malade variqueux assez avancé, la pression manométrique dans le bout supérieur d'une veine coupée était de 16 m.m. de Hg. le malade couché, de 20 le malade assis, de 40 le malade debout, de 160 à 260 dans l'effort.

Au repos horizontal, on associera le *secouement méthodique des jambes en élévation.* Pour le produire, les suédois ont de bons appareils, mais fixes, lourds, assez bruyants et coûteux. L'appareil, semble-t-il, doit être mis à la portée du malade, dans sa chambre à coucher, à côté de son lit.

J'ai donc, avec *M. l'ingénieur Doutremepuich*, créé l'appareil sui-

vant : Il se compose d'un bâti rigide et stable, d'un électro-moteur agissant par friction, d'un volant entraînant un excentrique monté sur billes Ce dernier transmet à une tige son mouvement de va et vient vertical à raison de 500 pulsations environ par minute. Sur la tige se déplace un coulisseau dans lequel sont serrées des lames de ressort qui supportent les repose-pieds.

L'appareil démarre doucement sans le recours d'aucun rhéostat : la tige prend instantanément sa vitesse de régime. A son niveau le mouvement est purement vertical : mais à hauteur des repose-pieds, il y a des déplacements latéraux, et chaque point du pied paraît décrire un cercle. Le réglage se fait : 1°, en rapprochant ou écartant de la tige médiane les repose-pieds ; 2°, en variant l'épaisseur des lames d'acier horizontales.

Le malade couché sur son lit ou sur sa chaise longue, fait régler la hauteur du coulisseau de façon à avoir les pieds un peu plus élevés que le bassin. Il a à la main le bouton de commande avec lequel il met en marche ou arrête l'appareil.

L'ébranlement doit être assez prolongé pour être *excitant* et non pas sédatif. C'est pourquoi d'ailleurs on ne peut guère le produire utilement avec la main d'un aide. On obtient une impression de froid local et de liberté du pied, une diminution nette du calibre des veines et du volume des membres inférieurs. La manœuvre est répétée fréquemment, toutes les heures systématiquement au début. Plus tard on y a recours après chaque station debout, après chaque marche, pour bien vider les veines avant le repos.

L'action mécanique se double d'ailleurs d'une *réaction vitale*, d'un réflexe de la paroi vasculaire ébranlée par la masse sanguine intérieure, d'un spasme portant sur les 2 ordres de vaisseaux, artères et veines, et supprimant toute trace de la stagnation sanguine caractéristique des varices.

*
* *

Le séjour au lit affaiblirait le malade. Le secouement ne lutte qu'imparfaitement contre l'atrophie musculaire. On leur associe donc le plus tôt possible le massage, les mouvements passifs, la gymnastique active.

Le *massage* est efficace pour faire disparaître l'œdème, vider le réseau veineux, régulariser la nutrition cellulaire, modifier la périphlébite et les adhérences du vaisseau aux tissus voisins, faire cesser les douleurs et la névrite... Il doit être prudent au début, pratiqué par le médecin lui-même, consister en manœuvres douces, en effleurages. Plus tard on ajoute des pressions, des mouvements de décollement, de malaxation cutanée surtout en dehors du trajet des veines mêmes.

Plus tard encore on se relâchera de cette sévérité et on apprendra certaines manœuvres simples au malade lui-même. Pour plus de détails, je prie ceux que cette question intéresserait, de se reporter aux discussions de la Société de Kinésithérapie (nov. 1910, fév. 1911).

Les *mouvements passifs* produisent une décongestion pure et entretiennent la souplesse des jointures et la nutrition des muscles. Les *exercices actifs* s'accompagnent assez rapidement d'une vaso-dilatation des capillaires qu'il importe de modérer en évitant des mouvements énergiques et prolongés, et en entrecoupant le travail de nombreux repos avec détente complète. En second lieu, pour diminuer l'effort, on les pratiquera couché. On les combinera aussi avec la respiration, de façon à utiliser l'effet de l'aspiration thoracique sur la veine cave inférieure. Les exercices d'abord très simples seront peu à peu compliqués et allongés. Portant sur le pied seul les premiers jours, ils seront étendus au genou, plus tard au membre inférieur entier. L'on n'oubliera pas non plus qu'il y a grand intérêt à fortifier la sangle abdominale. Je ne citerai pas en détail ces exercices (1), je ferai seulement exception pour le suivant, très efficace : Il consiste en un 1er temps de flexion, abduction et rotation interne des 3 segments du membre inférieur et un 2e temps d'extension, abduction et rotation externe.

A ce moment encore on aura recours, dans certains, cas à l'hydrothérapie, à l'électricité, à la cure thermale. On comprend que je ne puis m'étendre longuement sur ces points particuliers.

Au fur et à mesure qu'une amélioration est obtenue, et la première en général est le retour de la veine à un calibre tel que les valvules recommencent à jouer, on passe à une détente de la discipline et à un exercice plus fatiguant pour la veine. C'est ainsi qu'on en arrive, la sentant plus forte, à admettre que le malade se lève et fasse quelques pas pour aller du lit à la chaise longue, à la salle à manger, à son cabinet de toilette. Après chacun de ces essais il y aura d'ailleurs secouement et long repos horizontal. Puis les exercices s'allongeront et peu à peu, selon les conseils de Marchais, il y aura de variables petites promenades à pas allongés et rapides, dans lesquelles les contractions musculaires diminuent le travail de la paroi veineuse. Progressivement le malade reprend ses occupations, mais il ne doit commettre aucune imprudence, il sera attentivement surveillé par son médecin. Pendant longtemps, on ne lui permet qu'un travail proportionné aux forces récupérées par la paroi veineuse ; on le fait s'arrêter avant que la veine se fatigue et se laisse à nouveau distendre.

L'appréciation de la limite entre le travail utile et le travail morbide

(1) Voir La Pratique des agents physiques (février 1911).

et nocif est le point délicat de ce nouvel entraînement, et nécessite du praticien attention et tact.

J'arrêterai ici mon exposé n'ayant pas la prétention de régler en quelques minutes tous les détails de la méthode. Ce que j'ai voulu, c'est affirmer l'insuffisance de la pratique actuelle faisant une guerre par petits paquets au lieu d'une guerre en masse, — et la nécessité d'une méthode d'ensemble s'attaquant aux causes premières et aux troubles biologiques par le décubitus associé aux agents physiques. La paroi doit vivre comme autrefois, être bien nourrie, jamais forcée ; on la fera travailler pas du tout d'abord, puis progressivement, et on arrivera finalement à obtenir le retour à la fonction physiologique et à la constitution normale.

Au lieu de céder au découragement, au lieu de croire que les varices doivent suivre leur cours fatal sans qu'aucune digue sérieuse ne puisse leur être opposée, au lieu de nous en tenir à une défense palliative hésitante et par cela même stérile, espérons et passons hardiment à l'attaque. Luttons contre les varices comme nous le faisons contre d'autres fléaux réputés autrefois inévitables, contre le cancer, la tuberculose...